

Pathologies synoviales & Synovectomies

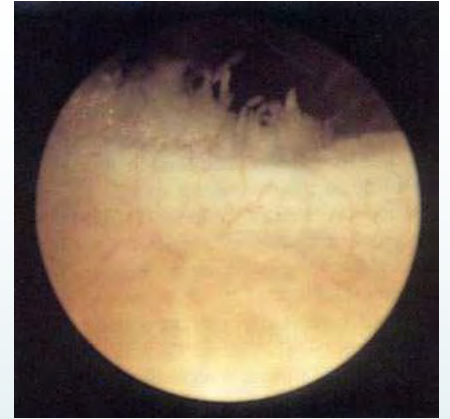
Dr. Batailler, Pr. Lustig, Pr. Servien

Service de chirurgie orthopédique et traumatologique

Hôpital de la Croix Rousse, Hospices civils de Lyon

La synoviale du genou

- ▶ Lisse
- ▶ Vascularisation fine
- ▶ Villosités fines, transparentes centrées par un vaisseau



Synoviale mécanique

- Augmentation du nombre villosités
- Forme respectée
- Disparition de la transparence vaisseau non visible



Synoviale inflammatoire

► Aspect oedémato-prolifératif (+fréquent)

- Villosités en masse
- Villosités boursouflées
- Dépôts de fibrine
- Rougeur



Synoviale inflammatoire

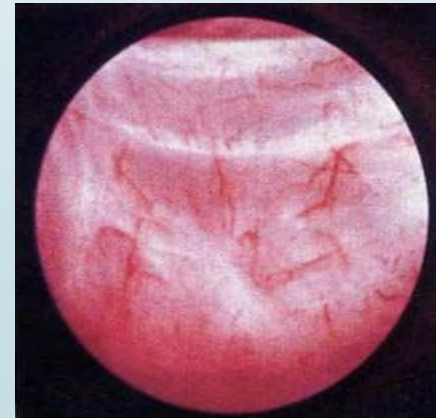
► Aspect oedémato-hyperhémique

- Lisse
- OEdémateuse
- Très vascularisée



► Aspect scléreux

- pas de villosité,
- synoviale épaisse et fibreuse



A dark grey arrow points to the right from the left edge of the slide. Below it, several thin, curved lines in shades of blue and grey sweep across the left side of the slide.

Synoviale cicatricielle

- ▶ Bandes fibreuses \pm étendues
- ▶ Accolements fibreux et dense (arthrofibrose)

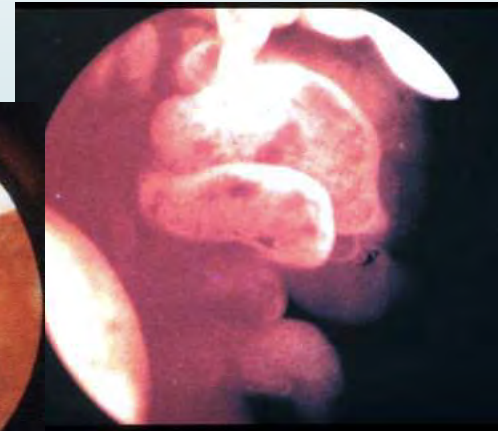
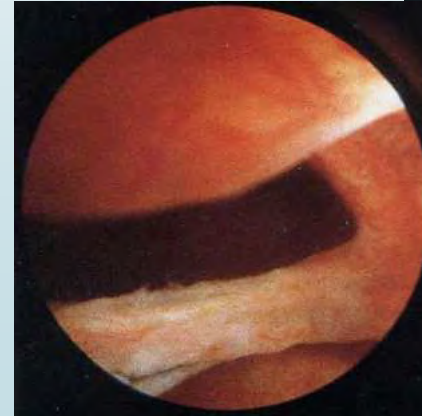
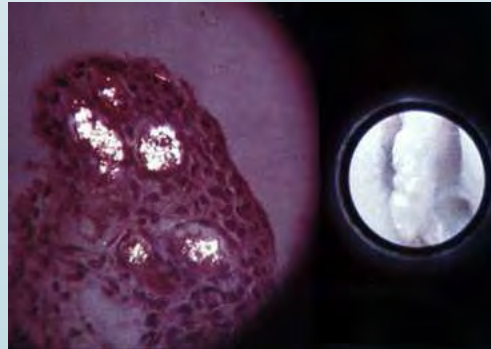
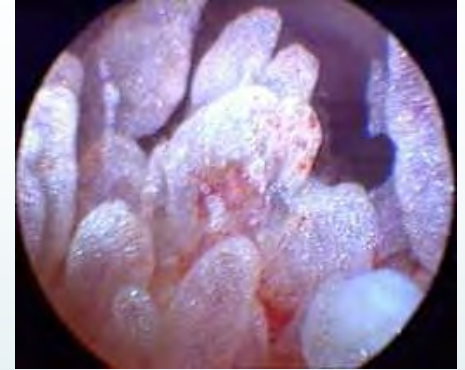
Diagnostic

- **L'aspect macroscopique**
- **Le liquide articulaire**
 - Cytologie ++
 - Bactériologie
 - Micro cristaux
- **Les biopsies**
 - Anapath
 - Bactériologie



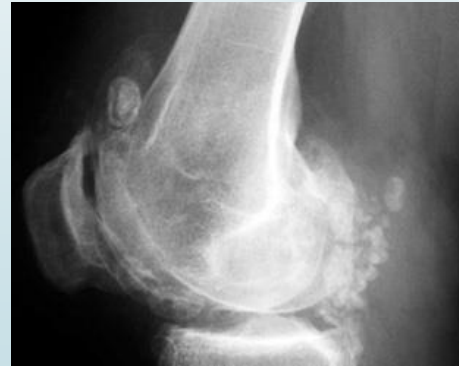
Les formes particulières

- **Chondrocalcinose**
- **Patho microcristalline**
- **Arthrite rhumatoïde :**
 - Ponts de fibrine
 - Pannus synovial



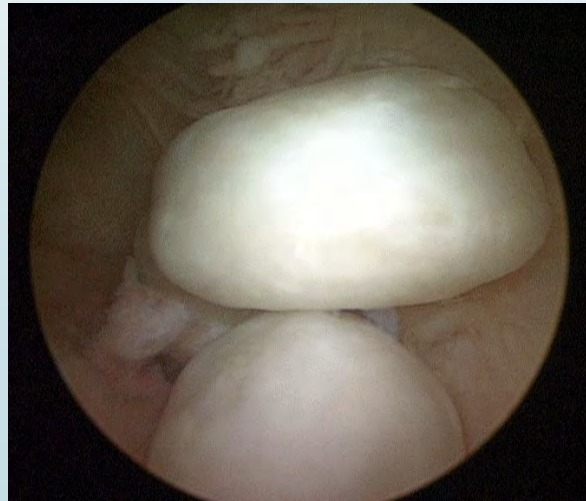
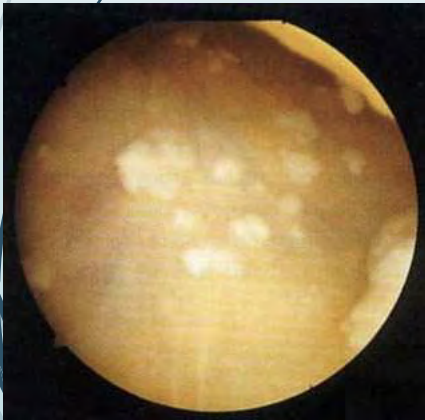
La chondromatose

- ▶ Métaplasie cartilagineuse aboutissant à la fabrication et la libération de corps étrangers cartilagineux.
- ▶ Affection bénigne



La chondromatose

- ▶ 3 phases de Milgram
 - Intrasynoviale sans libération de chondrome
 - Synoviale active et chondromes libres
 - Synoviale éteinte et chondromes libres



La chondromatose

► Chondromes

- « grains de riz » libres ou agglutinés en « gâteaux de semoule
 - ossification secondaire des chondromes
 - chondromes intra-synoviaux ou pédiculés synovite active
- => Synovite active





La chondromatose

Survient à partir de 30-40 ans

Localisation prédominante au genou

10% de forme bilatérale

- Douleurs
- Epanchement
- Sensation de corps étrangers +/- blocage

⇒ Indication d'exerese sous arthroscopie si symptomatique



La chondromatose

Evolution:

- Libération en intra articulaire – corps étrangers
- Arthrose secondaire
- Rare: chondrosarcome synovial

La synovite villo-nodulaire

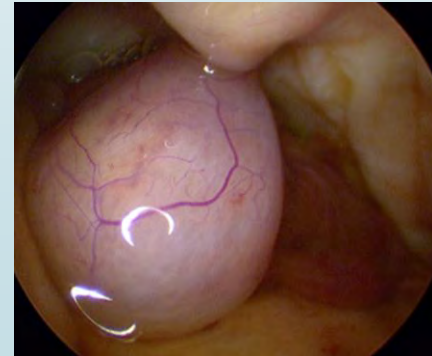
- Incidence annuelle: 1,8 cas/ 1 000 000
- Articulations: GENOU ++
- Étiologie inconnue
- Formes localisées/diffuses
- Evolution lente +++
- Symptomatologie non spécifique
- Extension locale osseuse (F diffuses)



La synovite villo-nodulaire

► **Forme localisée**

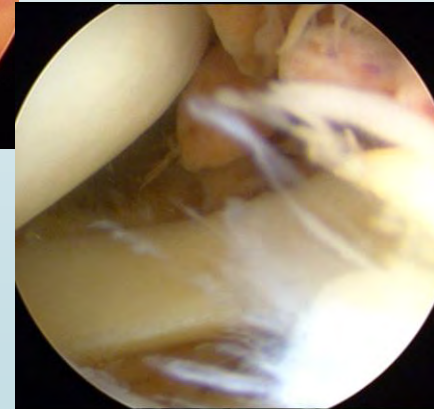
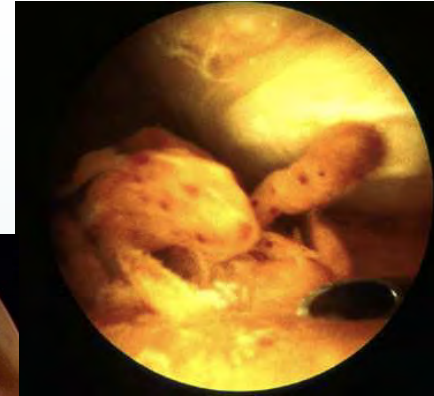
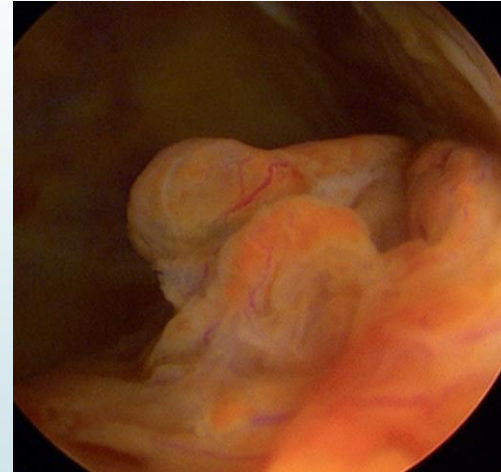
- Masse tumorale unique, pédiculée
- Souvent antérieure
- Symptomatoologie mécanique
- Arthro :
 - tumeur molle,
 - tâches pseudopurpuriques,
 - couleur jaune / ôcre-brun



La synovite villo-nodulaire

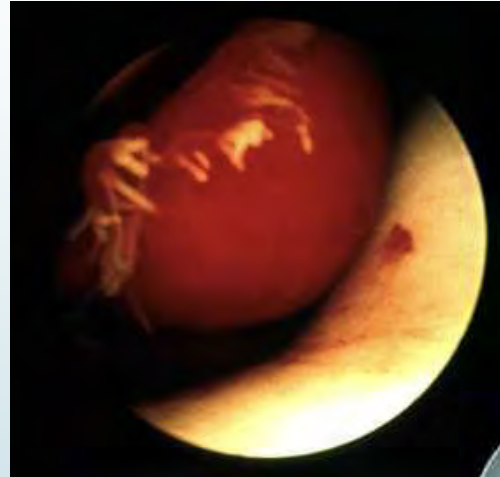
► **Forme diffuse**

- Epanchement sanglant
- 2 formes
 - Villeuse pure
 - Villo-nodulaire
- Arthro :
 - couleur rouille,
 - piqueté hémorragique
 - Villosités longues et fines



Les autres tumeurs synoviales

- Kyste du LCA
- Fibrome, lipome
- Angiome ++





La synovite villonodulaire

CLINIQUE

- ▶ douleur, sensation de CE,
- ▶ « Gros genou »
- ▶ épanchement intra articulaire
- ▶ Diminution des mobilités

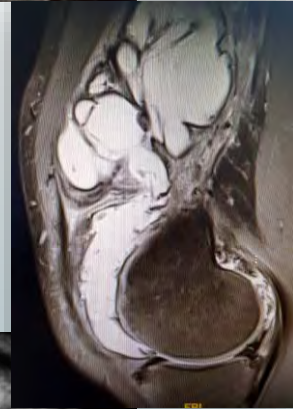
La synovite villonodulaire

BILAN COMPLEMENTAIRE

- ▶ RX standard: genou F+P+VA (recherche de lésions kystiques intra-osseuses)
- ▶ **IRM**: pondérations T1, T2, Fat Sat et Gadolinium.

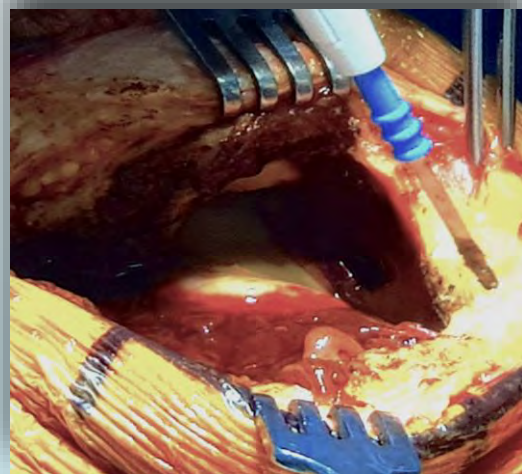
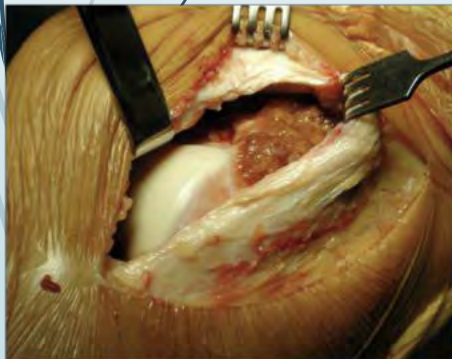
⇒ Diagnostic, **stratégie chirurgicale +++**

⇒ Recherche d'une extension postérieure



SYNOVECTOMIES DU GENOU

- ARTHROSCOPIQUE
- CHIRURGICALE OU À « CIEL OUVERT »



SYNOVECTOMIE ARTHROSCOPIQUE DU GENOU

► Installation:

« Classique » (selon habitudes)

Décubitus dorsal

Garrot pneumatique

Cale distale en bout de pied

Cale latérale

Champ d'extrémité



SYNOVECTOMIE ARTHROSCOPIQUE DU GENOU

► Points d'entrée:

Inférolatéral

Inféromédial

Supérolatéral

Supéromédial

Cul-de-sac, sus et sous méniscal, rampes condyliennes, échancrure

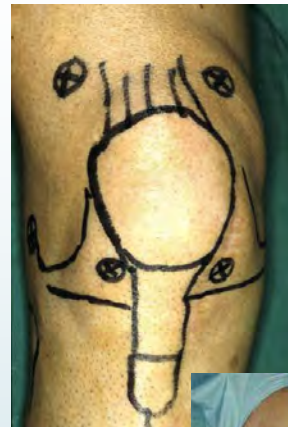
Postéromédial

Postérolatéral

Récessus postéro médial, postérolatéral, tente du LCP

« back and forth approach »

Louisia et al, Arthroscopy 2003





SYNOVECTOMIE ARTHROSCOPIQUE DU GENOU

► **Avantages:**

Suites post-op

► **Inconvénients:**

Long

Synovectomie subtotale

Dissémination (tumeur maligne ou douteuse)

Lésions extra-articulaires

SYNOVECTOMIE ARTHROSCOPIQUE DU GENOU





SYNOVECTOMIE « A CIEL OUVERT » (CHIRURGICALE) DU GENOU

► Installation:

Décubitus dorsal

Garrot pneumatique

Cale distale en bout de pied, Cale latérale

Champ d'extrémité

+/- décubitus ventral

+/- Garrot

SYNOVECTOMIE CHIRURGICALE DU GENOU

► **Voies d'abord:**

► **Incision antéromédiale**

Arthrotomie parapatellaire médiale

Arthrotomie rétroligamentaire médiale



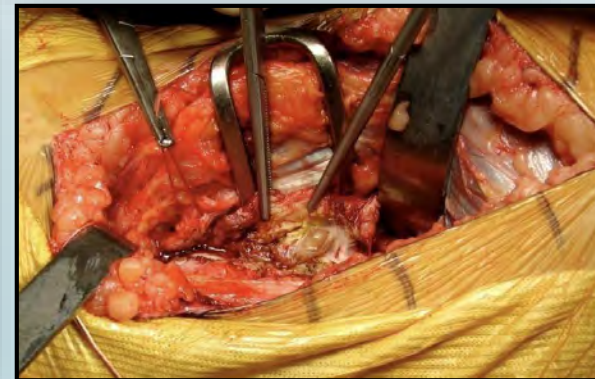
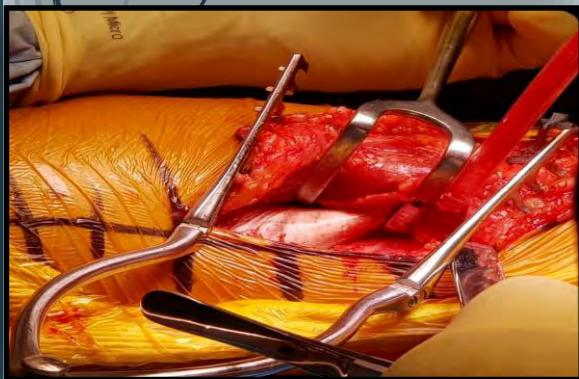
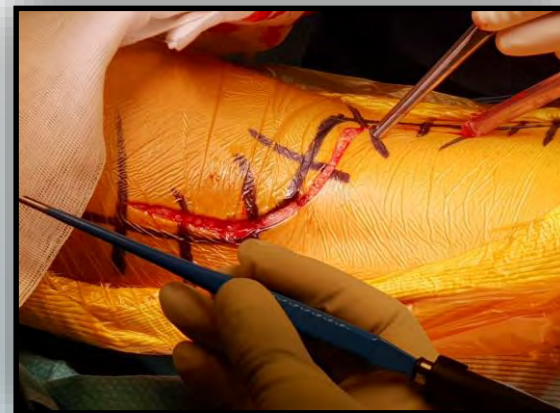
SYNOVECTOMIE CHIRURGICALE DU GENOU

- **Voies d'abord**
- **Incision antérolatérale décalée**
 - Arthrotomie parapatellaire latérale
 - Arthrotomie rétroligamentaire latérale



SYNOVECTOMIE CHIRURGICALE DU GENOU

- ▶ **Voies d'abord:**
- ▶ **+/- Incision postérieure**
- ▶ **Voie de Trickey ou inversée (vasculaires)**





SYNOVECTOMIE CHIRURGICALE DU GENOU

► **Avantages:**

Synovectomie totale

Lésions extra-articulaires

Exérèse monobloc « in sano »

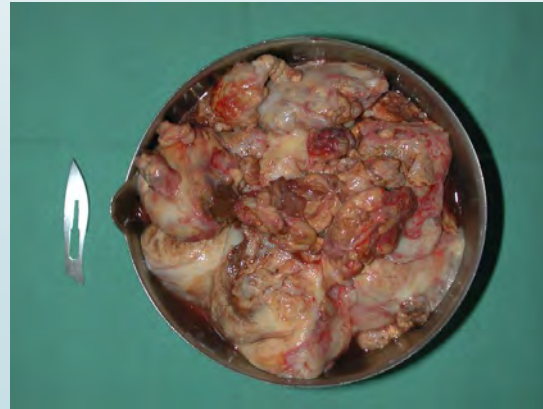
► **Inconvénients:**

Suites post-op

Reprise de voie postérieure difficile (chirurgien vasculaire)

EXAMEN ANATOMOPATHOLOGIQUE

**Tous les prélèvements analysés par le même médecin:
⇒ confirmation du diagnostic**





SUITES POST OPÉRATOIRES

- Pas d'HBPM
- Coussin de posture ou attelle en flexion (repos)
- Mobilisation passive sur attelle motorisée



SUITES POST-OPERATOIRES DES SYNOVECTOMIES

► **Hémorragie:**

Drainage

Éviter HBPM

Bas de contention

Contrôle échodoppler

► **Raideur:**

Mobilisation d'emblée

Postures alternées



Traitement adjuvant post-opératoire
(formes diffuses évoluées ou après
récidive)

**Dossiers complexes à discuter en RCP avec
radiologue, rhumatologue, chirurgien**